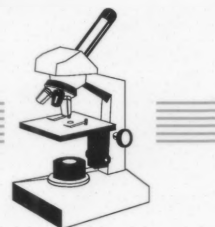


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М.ГОРЬКОГО

АСОЦІАЦІЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІВ ТА КОСМЕТОЛОГІВ
ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ «ЗДОРОВИЙ СВІТ»



ЖУРНАЛ
Дерматовенерології
та Косметології
ім. М.О.Торсуєва

№ 1-2 (32), 2014

- 78 Досвід лікування хворих на псоріаз чоловіків старших вікових груп з урахуванням змін концентрації статевих гормонів
Н.Ю.Резніченко
- 82 Комплексний підхід до діагностики метаболічного синдрому у хворих на псоріаз, червоний плоский лишай
М.Я.Гінка, О.О.Сизон
- 86 Показники фагоцитозу у хворих із різним клінічним перебігом піодермій
М.О.Дашко, О.І.Денисенко
- 90 Интерлейкин 17 в патогенезе гнездой алопеции
И.М.Сербина
- 93 Возможные ошибки в диагностике вирусной пузырчатки слизистой рта и конечностей
М.Э.Барина, И.П.Иванова, К.В.Федченко
- 96 Современные возможности коррекции постакне
Ю.В.Качук
- 99 Новые направления в лечении язвенно-некротических поражений слизистой полости рта
М.Д.Давлеева, Р.Е.Хоружая
- 101 Стан оксидантно-антиоксидантного гомеостазу у хворих на екзему – мешканців північної Буковини
Н.А.Степан, О.І.Денисенко
- 105 Порівняльна характеристика адекватності різних методик лікування хворих на розацеа чоловіків та оцінка їх ефективності
О.Г.Харитонова
- ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ
- 111 Клинические проявления уrogenитальных заболеваний, ассоциированных с *Ureaplasma* spp.
Ильяс Хамуди
- 114 Нейросифіліс на сучасному етапі: патогенез, клініка, діагностика, лікування
Г.І.Мавров, Е.Л.Баркалова, Л.Й.Пинковська, В.І.Миронюк
- ПЕДАГОГИКА
- 123 Навчання студентів за кредитно-модульною системою організації навчального процесу на кафедрі дерматовенерології
І.В.Свистунов
- 127 Создание учебных пособий управляющего типа для подготовки специалистов-стоматологов
Р.Е.Хоружая, И.П.Иванова, М.Д.Давлеева
- 129 ЮБИЛЕИ
- 130 З'ЇЗДИ, КОНГРЕСИ, КОНФЕРЕНЦІЇ
- 139 ІНФОРМАЦІЯ

INTEGRATED APPROACH TO DIAGNOSIS OF METABOLIC SYNDROME IN PSORIATIC PATIENTS WITH LICHEN PLANUS

M.Ya.Hynka, O.O.Syzon

Reported in this article are the findings from a study on metabolic syndrome signs and occurrence in 138 patients with papulosquamous diseases (psoriasis, lichen planus) and a somatic comorbidity, particularly that affecting the gastrointestinal tract or vascular system, and endocrinopathy. Metabolic syndrome signs were revealed in 87.4% of the examined patients with chronic dermatosis, particularly with atypical and disseminated dermatosis forms. Even though the metabolic syndrome cannot yet be referred to as a nosological entity, strong grounds exist for its diagnostics and treatment in patients with chronic dermatoses, given the metabolic relationships between its individual components.

УДК 616.5 - 002.3 - 036 - 07:616.155.3 - 008.13 - 07

ПОКАЗНИКИ ФАГОЦИТОЗУ У ХВОРИХ ІЗ РІЗНИМ КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ПІОДЕРМІЙ

¹Дашко М.О., ²Денисенко О.І.

¹Львівський національний медичний університет ім.Данила Галицького,

²Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

Ключові слова: піодермії, клінічний перебіг, фагоцитоз.

Актуальність теми. Піодермії – група гнійно-запальних захворювань шкіри, які в останні роки в Україні складають біля третини дерматологічної захворюваності, причому не лише серед дитячого контингенту населення, але й серед дорослих осіб активного працездатного віку [1-3, 9]. В останні роки спостерігається тенденція до більш тяжкого клінічного перебігу піодермій з ураженням значних ділянок шкіри, формуванням торпідності до засобів етіотропної терапії з тенденцією до хронізації патологічного процесу в шкірі та розвитком глибоких форм піодермій, що призводить до зниження чи тривалої втрати хворими дієздатності та їх соціальної активності [4, 10]. Все це визначає важливу медичну та соціальну значимість проблеми піодермій та обґрунтовує актуальність уточнення їх етіопатогенетичних чинників з метою удосконалення терапевтичної тактики щодо даної категорії пацієнтів.

Встановлено, що для розвитку гноякових захворювань шкіри важливе значення мають як патогенність піококів (збудників піодермій), так і стан макроорганізму пацієнтів [3, 6]. Серед ендегенних чинників інфекційних захворювань людини, у тому числі й піодермій, провідну роль відводять розладам системного імунітету, зокрема вторинним імунодефіцитним станам різного генезу [1, 8], які призводять до порушень клітинного й гуморального імунітету, а також зниження фагоцитуючої здатності мононуклеарних фагоцитів і гранулоцитів на різних етапах фагоцитозу піогенних коків [5]. Особливо важливим є вивчення процесів фагоцитозу у дорослих хворих на піодермії, що дало б можливість уточнити патогенетичні механізми розвитку процесу в таких пацієнтів з метою удосконалення їх комплексної терапії.

Мета роботи. Визначити показники фагоцитарної активності нейтрофілів у хворих на піодермії залежно від характеру їх клінічного перебігу.

М
женням
нічні ф
років, з
39 (38,
хвороп
(31,7%)
осіб –
(61,4%)
ми під
(63,4%)
шкірі м
37 (36,
склали
рів) та
фагоци
ли наст
вність
ліморф
ризуют
кож сл
жає ст
фагоци
лінгу,

Контрол
Хворі на
Хворі на
Хворі на

Хворі на
- стрепт
- стафіл

- змішан

Хворі н
- стрепт
- стафіл

- зміша

- Хворі
- Хворі

Приміт

Матеріали та методи. Під спостереженням перебував 101 хворий на різні клінічні форми піодермій віком від 18 до 65 років, з них 62 (61,4%) особи – чоловічої та 39 (38,6%) – жіночої статі. В 51 (50,5%) хворого діагностовано стафілодермії, в 32 (31,7%) – стрептодермії та в 18 (17,8%) осіб – змішані форми піодермій. У 62 (61,4%) осіб встановлено поверхневі форми піодермій, у 39 (38,6%) – глибокі. У 64 (63,4%) хворих гнійничковий процес на шкірі мав гострий чи підгострий перебіг, у 37 (36,6%) – хронічний. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб (донорів) такого ж віку. З метою оцінки стану фагоцитозу у хворих на піодермії визначали наступні показники: фагоцитарну активність (ФА) і фагоцитарне число (ФЧ) поліморфноядерних лейкоцитів, які характеризують початкові стадії фагоцитозу, а також спонтанний НСТ-тест, який відображає ступінь функціонального подразнення фагоцитуючих клітин і їх здатність до кілінгу, та НСТ-тест – стимульований зимо-

заном, що характеризує потенціальну активність фагоцитуючих клітин і розглядається як критерій їх готовності до завершення фагоцитозу (за відомими методиками) [7]. Статистичну обробку результатів здійснювали методами статистичного аналізу з використанням комп'ютерної програми Statistica 6.0, за вірогідну брали різницю середніх при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. При визначенні у 101 обстеженого хворого на піодермії показників фагоцитозу встановлено їх зміни порівняно з показниками осіб групи контролю (дані наведено в таблиці). Так, у хворих на гноячкові захворювання шкіри встановлено вірогідне зменшення показника ФЧ (на 29,9%, $p < 0,001$) за тенденції до зменшення ФА (на 7,52%, $p > 0,05$), які характеризують початкові стадії фагоцитарного процесу, а також вірогідне зменшення НСТ-тесту спонтанного (на 23,6%, $p < 0,01$) та НСТ-тесту стимульованого (на 21,5%, $p < 0,001$), які відображають завершальні етапи процесів фагоцитозу.

Таблиця

Показники фагоцитозу у хворих на піодермії з різним клінічних перебігом

Контингент обстежених осіб	Показники			
	Фагоцитарна активність, %	Фагоцитарне число	НСТ-тест спонтанний, %	НСТ-тест стимульований, у.о.
Контрольна група, n=20	62,9±4,28	6,88±0,540	12,5±0,850	29,3±0,723
Хворі на піодермії, n=101	58,2±1,05	4,82±0,169***	10,8±0,194**	23,0±0,521***
Хворі на поверхневі піодермії, n ₁ =62	63,9±1,25	6,14±0,121	11,5±0,635	26,6±0,491**
Хворі на глибокі піодермії, n ₂ =39	50,7±1,05*	3,13±0,114***	9,59±0,326***	18,4±0,428***
	(p ₁₋₂ <0,001)	(p ₁₋₂ <0,001)	(p ₁₋₂ <0,05)	(p ₁₋₂ <0,001)
Хворі на поверхневі:				
- стрептодермії, n ₁ =23	60,5±1,84	6,21±0,126	11,3±0,389	27,3±0,840
- стафілодермії, n ₂ =28	66,5±2,07	5,91±0,240	12,2±0,490	26,3±0,810*
	(p ₁₋₂ <0,05)	(p ₁₋₂ >0,05)	(p ₁₋₂ >0,05)	(p ₁₋₂ >0,05)
- змішані, n ₃ =11	65,5±2,43	6,45±0,225	11,2±0,443	25,7±0,701*
	(p ₁₋₃ >0,05)	(p ₁₋₃ >0,05)	(p ₁₋₃ >0,05)	(p ₁₋₃ >0,05)
	(p ₂₋₃ >0,05)	(p ₂₋₃ >0,05)	(p ₂₋₃ >0,05)	(p ₂₋₃ >0,05)
Хворі на глибокі:				
- стрептодермії, n ₁ =9	48,4±0,811*	2,97±0,272***	9,33±0,408*	19,0±1,29***
- стафілодермії, n ₂ =23	52,3±1,53*	3,18±0,132***	10,5±0,430*	19,6±0,507***
	(p ₁₋₂ >0,05)	(p ₁₋₂ >0,05)	(p ₁₋₂ >0,05)	(p ₁₋₂ >0,05)
- змішані, n ₃ =7	47,6±1,57*	3,15±0,379***	8,71±0,421	16,0±0,577***
	(p ₁₋₃ >0,05)	(p ₁₋₃ >0,05)	(p ₁₋₃ >0,05)	(p ₁₋₃ >0,05)
	(p ₂₋₃ >0,05)	(p ₂₋₃ >0,05)	(p ₂₋₃ <0,05)	(p ₂₋₃ <0,001)
- Хворі на гострі піодермії, n ₁ =64	60,3±1,35	5,22±0,196***	11,9±0,241	24,4±0,617***
- Хворі на хронічні піодермії, n ₂ =37	54,2±1,43*	4,06±0,281***	9,85±0,231***	20,3±0,781***
	(p ₁₋₂ <0,01)	(p ₁₋₂ <0,001)	(p ₁₋₂ <0,001)	(p ₁₋₂ <0,001)

Примітки: 1. * – ступінь вірогідності різниці показників відносно контрольної групи:

* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.2. p₁₋₂, p₁₋₃, p₂₋₃ – вірогідність різниці показників у хворих різних груп.

Аналіз показників фагоцитозу у хворих на піодермії залежно від глибини ураження шкіри засвідчив, що у пацієнтів з поверхневими піодерміями порівняно з показниками контрольної групи відзначається лише вірогідне зниження НСТ-тесту стимульованого (на 9,2%, $p < 0,01$). Водночас у хворих на глибокі форми піодермічного процесу реєструються вірогідні зміни всіх досліджуваних показників фагоцитозу як порівняно з показниками осіб контрольної групи, так і хворими на поверхневі форми піодермій – зменшення ФА (відповідно на: 19,4%, $p < 0,05$ та 20,7%, $p < 0,001$), ФЧ (у 2,19 та 1,96 рази, $p < 0,001$), НСТ-тесту спонтанного (на 23,3%, $p < 0,001$ та 16,4%, $p < 0,05$) та НСТ-тесту стимульованого (на 37,2% та 30,8%, $p < 0,001$), що свідчить про істотне порушення у пацієнтів із глибокими піодерміями процесів фагоцитозу як на початкових, так і на завершальних його етапах.

Аналіз показників фагоцитозу у хворих на різні клінічні форми піодермій (стафіло-, стрептодермії, змішані) з поверхневим ураженням шкіри істотної їх відмінності у цих пацієнтів не виявив за винятком показника ФА, який у хворих на поверхневі стафілодермії на 9,9% ($p < 0,05$) був вищим порівняно з пацієнтами на поверхневі стрептодермії. Так само не виявлено істотних відмінностей більшості досліджуваних показників фагоцитозу між хворими на глибокі піодермії залежно від етіологічного чинника, лише у випадку змішаних піодермій встановлено вірогідне зменшення показників НСТ-тесту та НСТ-тесту стимульованого порівняно з аналогічними показниками в осіб з глибокими стафілодерміями (відповідно на: 17,1%, $p < 0,05$ та 18,4%, $p < 0,001$), що свідчить про поглиблення змін фагоцитарного процесу у хворих на глибокі піодермії зі змішаною піококовою флорою.

Нами також проведено аналіз показників фагоцитозу у хворих на піодермії залежно від тривалості перебігу гноячко-

вих захворювань шкіри, на підставі чого встановлено, що у пацієнтів з нетривалим (до 6 місяців) піодермічним процесом у шкірі порівняно з показниками контрольної групи вірогідно зменшені лише ФЧ та НСТ-тест стимульований (відповідно на 24,1% та 16,6%, $p < 0,001$). Разом з тим, у хворих на хронічні піодермії реєструються вірогідні зміни всіх досліджуваних показників фагоцитозу як порівняно з показниками осіб контрольної групи, так і хворими на гострі чи підгострі піодермії – зменшення ФА (відповідно на: 13,8% і 10,1%, $p < 0,05$), ФЧ (на: 41,0% та 23,2%, $p < 0,001$), НСТ-тесту спонтанного (на 21,2% та 17,2%, $p < 0,001$) та НСТ-тесту стимульованого (на 30,7% та 16,8%, $p < 0,001$), що свідчить про виснаження активності фагоцитуючих клітин крові на всіх етапах фагоцитарного процесу зі збільшенням тривалості піодермій і може бути однією з істотних причин хронізації гнійно-запальних процесів у шкірі таких пацієнтів.

Висновок. У хворих на піодермії встановлено вірогідне зменшення показників фагоцитозу, які відображають початкові та заключні стадії фагоцитарного процесу. Встановлено наявність взаємозв'язку між характером змін показників фагоцитозу та особливостями клінічного перебігу піодермій (поширеністю, глибиною ураження, тривалістю перебігу піодермічного процесу у шкірі), а саме – виснаження системи фагоцитозу при глибоких піодерміях та хронізації запального процесу в шкірі за відсутності вірогідних відмінностей показників фагоцитозу у хворих з поверхневими та глибокими піодерміями залежно від їх етіологічного чинника.

Перспективи подальших досліджень. Перспективою подальших досліджень є розробка та визначення ефективності комплексних методів лікування хворих на піодермії з урахуванням стану їх фагоцитозу та проведенням диференційованої імунокорегуючої терапії.

Список літератури

1. Айзятулов Ю.Ф. Стандарты диагностики и лечения в дерматовенерологии : иллюстрированное руководство / Ю.Ф. Айзятулов. – Донецк : Каштан, 2010. – 559 с.
2. Волкославская В.Н. Состояние заболеваемости патологией кожи и инфекциями, передающимися половым путем, населения Украины за последнее десятилетие / В.Н. Волкославская, А.Л. Гутнев // Клінічна імунол., алергол., інфектологія. – 2012. – №1. – С.19-22.
3. Галникіна С.О. Піодермії / С.О. Галникіна // Інфекційні хвороби. – 2009. – № 2. – С. 85-93.
4. Дашко М.О. Комплексне лікування хворих на піодермії з урахуванням стану мікробіоценозу кишечника / М.О. Дашко, О.І. Денисенко / Журнал дерматовенерології та косметології ім. М.О. Торсуєва. – 2013. – № 1-2 (30). – С. 59-63.
5. Журавльов А.С. Показники фагоцитарної активності нейтрофілів у хворих на хронічний тонзиліт до та після лікування високоенергетичним лазером / А.С. Журавльов, Ханс Мані // Вісник проблем біології і медицини. – 2013. – Вип. 3. – Том 2. – С. 158-162.
6. Оцінка ефективності лікування препаратом «Цитеал» при інфекційних дерматозах та вугровій хворобі / Л.Д. Калюжна, М.В. Пацеля, А.М. Бойчук [та ін.] // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2013. – № 2 (49). – С. 154-157.
7. Посібник з лабораторної імунології / Л.Є. Лаповець, Б.Д. Луцук, Г.Б. Лебедь [та ін.]. – Львів, 2008. – 268 с.
8. Сорокина Е.В. Особенности иммунного статуса у больных пиодермией / Е.В. Сорокина, Е.А. Курбатова, С.А. Масюкова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2005. – № 5. – С. 4-10.
9. Burden of paediatric pyoderma and scabies in North West Queensland / J. Whitehall, D. Kuzulugil, K. Sheldrick, A. Wood // J. Paediatrics and Child and Health. – 2013, Vol. 49, № 2. – P. 141-143.
10. Chriba M. Beclometasone inhaler used to treat pyoderma gangrenosum / M. Chriba, A.M. Skellett, N.J. Levell // Clinical and Experimental Dermatology. – 2010. – Vol.35, №3. – P.337-338.

**ПОКАЗАТЕЛИ ФАГОЦИТОЗА У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМ
КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ПИОДЕРМИЙ**

М.О.Дашко, О.И.Денисенко

В статье представлены результаты определения показателей фагоцитоза, которые отображают начальные и заключительные стадии фагоцитарного процесса у больных с разными клиническими формами пиодермий. Установлено наличие взаимосвязи между характером изменений показателей фагоцитоза и особенностями клинического течения пиодермий (распространенностью, глубиной поражения кожи, длительностью заболевания), в частности – истощение системы фагоцитоза при глубоких пиодермиях и хронизации воспалительного процесса в коже при отсутствии достоверных отличий показателей фагоцитоза у больных с поверхностными и глубокими пиодермиями в зависимости от их этиологического фактора.

INDICATORS OF PHAGOCYTOSIS IN PATIENTS WITH PYODERMAS.

M.Dashko, O.Denisenko

The article shows the results of determination phagocytosis, which show the initial and final stages of phagocytic process in patients with various clinical forms of pyoderma. Established the relationship between the nature of changes in phagocytosis and the clinical course of pyoderma (incidence, depth of skin lesions, duration pathological process in the skin), particularly depletion of phagocytosis in patient with deep and chronic inflammation. There are not differences in phagocytosis system in patients with superficial and deep pyodermas depending on the etiological factor.